

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

534

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Juillet 1899, à 1 heure

Par **GERBOUD**

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX
ET DE LA MATERNITÉ DE SAINT-ANTOINE

DES

DIFFÉRENTES INCISIONS UTÉRINES

Dans l'Opération Césarienne Conservatrice

Préconisées depuis 1881

Président : M. BUDIN, professeur

Juges : { MM. RISSELONG, } Agrégés
{ WALICK, }

*Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront
faites sur les diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

GÉORGES CARRÉ & C. NAUD, ÉDITEURS

3, Rue Racine, 3

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

534

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Juillet 1899, à 1 heure

Par **GERBOUD**

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX
ET DE LA MATERNITÉ DE SAINT-ANTOINE

DES

DIFFÉRENTES INCISIONS UTÉRINES

Dans l'Opération Césarienne Conservatrice

Préconisées depuis 1881



Président : M. BUDIN, professeur

Juges : { MM. RISSELONG, } Agrégés
{ WALLICK, }

*Le Candidat répondra en outre aux questions qui lui seront
faites sur les diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

GEORGES CARRÉ & C. NAUD, ÉDITEURS

3, Rue Racine, 3

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	N.
Clinique médicale.....	CHANTEMESSE.
Clinique des maladies des enfants.....	POTAIN.
Clinique des maladies syphilitiques.....	JACCOUD.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	HAYEM.
Clinique des maladies nerveuses.....	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.....	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.....	FOURNIER.
Clinique des voies urinaires.....	JOFFROY.
Clinique d'accouchement.....	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MÉRY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRAIN.	LANGLOIS.	SÉBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIÉRY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Depuis quelques années, l'opération césarienne conservatrice délaissée autrefois au profit de l'opération de Porro ou des autres opérations mutilatrices, reprend sa place en obstétrique. En Allemagne, quelques accoucheurs lui donnent la préférence sur la craniotomie et même sur l'accouchement provoqué.

Nous avons entrepris ce travail sur les conseils de notre maître, M. le professeur agrégé Bar, l'un des partisans en France, de l'opération césarienne conservatrice.

Nous le remercions d'avoir mis à notre disposition les observations des dix opérations qu'il a faites jusqu'à ce jour. Qu'il veuille bien nous excuser, si nous avons fait un large emprunt à son mémoire paru récemment sur l'opération césarienne, nous n'aurions pu faire aussi bien.

Nous nous proposons donc de passer en revue les différentes manières d'inciser l'utérus. Nous nous bornerons aux procédés préconisés, surtout depuis 1881, par Cohnsteïn, Kehrer, Sanger et Fritsch en Allemagne ; puis nous exposerons la technique opératoire suivie par M. Bar depuis 1887.

Avant d'entrer dans notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements aux maîtres qui n'ont cessé de nous prodiguer leurs conseils pendant nos années d'étude.

M. le professeur agrégé Bar a toujours été pour nous un maître affectueux et bienveillant. Nous sommes heureux de pouvoir le remercier de la bonté qu'il nous a témoignée pendant notre dernière année d'externat et de l'initiative qu'il nous a accordée à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine. Nous nous souviendrons de ses sages conseils, quand, au cours de notre carrière médicale, nous serons aux prises avec les difficultés de l'obstétrique. Qu'il veuille bien accepter, avec nos remerciements les plus sincères, l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Nous ne saurions oublier M. le Dr L. Tissier. Nous avons passé quelques mois trop courts, à ses côtés à la Maternité. Nous lui exprimons notre bien vive reconnaissance.

M. le Dr Moutard-Martin a été notre premier maître en médecine. Nous lui devons, pendant l'année passée dans son service à l'hôpital de la Pitié, nos premières notions de clinique. Qu'il veuille bien accepter notre respectueuse gratitude.

M. le Dr Picqué fût, pour nous, un maître bienveillant. Nous lui serons toujours reconnaissant pour les conseils qu'il nous a donnés pendant notre année d'externat à la Maison municipale de santé.

M. le Dr Béclère, dont nous avons été l'externe pendant plus d'un an à l'hôpital Tenon, nous a toujours témoigné beaucoup d'intérêt. Nous le prions d'accepter les remerciements sincères de l'élève reconnaissant. Nous regret-

tons d'avoir été trop peu de temps l'élève de MM. les professeurs agrégés Duguet et Polaillon. Nous les remercions ici bien vivement. Nous adressons un respectueux souvenir à la mémoire de M. le Dr de Saint Germain, dont nous avons été l'externe à l'hôpital des Enfants malades.

M. le professeur Budin, nous fait aujourd'hui l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse inaugurale. Qu'il veuille bien nous permettre de lui offrir notre respectueuse reconnaissance pour cette marque de bienveillance.

PLAN

INTRODUCTION.	3
CHAPITRE I. — Des incisions utérines avant 1881	9
CHAPITRE II. — De l'incision de la face postérieure. Cohns- tein, 1881	11
CHAPITRE III. — De l'incision de la face antérieure	13
<i>A.</i> De l'incision transversale—Segment infé- rieur. Kehrer, 1882	13
<i>B.</i> De l'incision longitudinale, 1/3 moyen du corps, Sanger 1882	15
<i>C.</i> De l'incision du fond de l'utérus.	17
1. transversale, Fritsch, 1897	17
2. Sagittale, Müller, Caruso.	23
<i>D.</i> De l'incision longitudinale, partant du fond jusqu'à l'anneau de Bandl, P. Bar, 1886-99.	25
CHAPITRE VI. — Observations	36
BIBLIOGRAPHIE	61

CHAPITRE PREMIER

DES INCISIONS UTÉRINES AVANT 1881

Nous rappellerons brièvement les incisions qui furent faites dans les premières années de l'opération césarienne.

Rousset, dans un travail paru en 1781 et dans lequel il réhabilite l'opération césarienne qui avait peu de partisans à cette époque, proposait d'inciser l'utérus de haut en bas. Il recommandait de sectionner « entre le « costé et le devant, évitant les lieux où sont les épидi-
« dymes, vaisseaux spermatiques et testicules féminins ».

En 1777, Deleurye (1), dans son traité des accouchements, conseille, au sujet des incisions « de la faire le
« plus bas possible sur l'abdomen et le plus haut possible
« sur la matrice, afin qu'après la diminution du volume
« de celle-ci, les deux plaies puissent se correspondre ».

Lebas de Mouilleron incise l'utérus transversalement.

(1) Deleurye. Traité des accouchements, 1777.

Lauverjat (1) 1788, sectionne le fond de l'utérus transversalement. Cette incision était parallèle à l'incision transversale également, de la paroi abdominale. Cette manière de procéder avait l'avantage, disait-il, « de favoriser le rapprochement des lèvres de la plaie, car l'utérus revient beaucoup plus facilement sur lui-même dans le sens de la longueur que dans le sens de la largeur ».

Baudelocque (1796), faisait une section élevée sur l'utérus. Parmi les modernes, Gordien, Capuron, Désormeaux faisaient la section de l'utérus sur une longueur de cinq à six pouces et aussi près que possible du fond.

Osiander, Joerg (1806), incisaient l'utérus sur la face antérieure, mais au niveau du segment inférieur.

Jusqu'en 1880, l'opération césarienne eut à son actif un si grand nombre d'insuccès, qu'on lui préféra l'opération de Porro. On sacrifiait même l'enfant plutôt que de faire courir quelques risques à la mère, la mortalité pour les femmes qui subissaient cette opération étant alors d'environ 60 0/0.

Avec les progrès de l'antisepsie, une réaction se produisit en faveur de l'opération césarienne et depuis 1881 un grand nombre d'accoucheurs ont apporté certaines modifications aux procédés opératoires anciens.

(1) Lauverjat. Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne, 1788.

CHAPITRE II

DE L'INCISION DE LA FACE POSTÉRIEURE

Cohnstein, 1881, fut l'un des premiers qui aient tenté de modifier les procédés en usage et de rendre ainsi le pronostic moins grave.

Voici la technique nouvelle qu'il proposa : (1)

Après avoir incisé la paroi abdominale et le péritoine, il extrait l'utérus hors de la cavité abdominale, se ralliant aux idées de Müller et Litzmann, qui employaient déjà ce procédé dans l'opération de Porro. Cohnstein pensait, l'utérus étant ainsi au dehors, empêcher ou du moins diminuer l'hémorragie par la compression directe de l'aorte abdominale. Il était obligé de tirer l'utérus au dehors pour l'inciser, faisant porter sa section sur la face postérieure de l'organe.

Considérant, à la suite des anciens accoucheurs, la suture de la plaie utérine comme inutile, il choisit la section de la face postérieure, parce que le tissu musculaire a plus d'épaisseur. Or, à son avis, l'hémostase dé-

(1) Cohnstein. Zur sectio cæsarea.
Centralb. für Gynäk. 1881. N° 12.

pendant surtout de la constriction musculaire, là où l'utérus aura une épaisseur plus grande, l'hémorragie sera moins à craindre.

Cohnstein trouvait un autre avantage à son procédé : le drainage plus facile par le cul-de-sac de Donglas, d'où l'écoulement assuré des lochies et du sang provenant de la plaie utérine.

La sortie de l'utérus hors de la cavité abdominale nécessite une incision plus grande de la paroi ; ce qui n'est pas sans causer quelques difficultés opératoires, l'intestin pouvant faire hernie au niveau de la plaie et gêner l'opérateur. Pour Müller, qui a attaché son nom à ce procédé, les inconvénients du prolapsus intestinal sont supprimés, si l'on a soin, en arrière de l'utérus, de fermer provisoirement la plaie abdominale par deux ou trois points de suture qui serviront à l'occlusion définitive de la paroi. Sanger (1) s'est attaché à montrer les inconvénients de cette incision, depuis que la suture utérine a acquis sa place définitive dans la technique de l'opération césarienne. Aussi peu d'accoucheurs se sont-ils rangés à l'opinion de Cohnstein ! Olshausen (2) incise parfois la face postérieure, mais dans le cas seulement où le placenta est inséré sur la paroi antérieure, ce qu'il cherche à déterminer, après l'extraction préalable de l'utérus, en palpant le corps avant de l'inciser.

Müller prolonge son incision sur la face postérieure, mais sans l'intéresser uniquement. Nous reviendrons d'ailleurs sur la technique de Müller à propos de l'incision du fond de l'utérus.

(1) SANGER. Kaiserschnittfragen. *Centralblatt für Gynäkologie*. 1890, p. 109.

(2) OLSHAUSEN. *Congrès de Moscou*. 1897.

CHAPITRE III

DE L'INCISION DE LA FACE ANTÉRIEURE

a) De l'incision transversale du segment inférieur

En 1882, Kehrer (1), d'Heidelberg, propose de changer le lieu d'élection et la direction de l'incision utérine dans l'opération césarienne conservatrice. Dans son mémoire Kehrer conseille l'incision transversale sur le segment inférieur, d'un ligament rond à l'autre, à 1 cent.au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin, au niveau de l'orifice interne du col (Fig. 1 A).

Pour Kehrer, cette incision offrait les avantages suivants : le segment inférieur étant la partie la plus mince de l'utérus, il y a moins de chances de rencontrer de gros vaisseaux, susceptibles d'être lésés par l'incision, l'hémorragie sera de minime importance.

Les lèvres de la plaie ainsi créée ont peu de tendance à s'écarter : l'anteflexion normale de l'utérus rend leur coaptation parfaite.

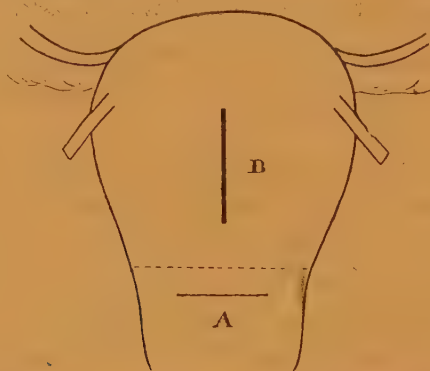
La section à ce niveau coïncide très rarement avec l'insertion placentaire : Gusserow a montré que dans 41, 5% des cas, le placenta occupait la partie latérale de la face antérieure du corps.

Donc pas d'hémorragie occasionnée par la lésion placentaire.

Elle permet de diminuer la longueur de l'incision abdominale.

(1) Kehrer — Ueber ein modificirtes Verfahren Beim Kaiserschutte. Archiv. für Gynak. 1882. Band XIX. p. 177.

La tête fœtale se trouvant le plus souvent au niveau du segment inférieur, il sera plus facile avec cette incision de l'extraire première ; circonstance favorable au point de vue de l'asphyxie. On ne risque pas non plus de voir la tête arrêtée par les lèvres de l'incision, à moins qu'on ne se trouve en présence d'une tête volumineuse, objection prévue par Kehrer lui-même. (Cas de Frank : *Enfant hydrocéphale*).



Au niveau du segment inférieur, la séreuse péritonéale est séparée du tissu musculaire par une couche de tissu cellulaire lâche, tissu cellulaire sous-péritonéal. Kehrer trouvait un avantage à cette disposition qui rend le péritoine moins adhérent et le décollement facile. La suture isolée de la séreuse, telle que la proposait Kehrer, se fait ainsi plus aisément. A l'objection qu'on lui fit au sujet de la possibilité qu'ont les lochies de fuser dans le tissu para-vésical, Kehrer répondit n'avoir jamais constaté ce fait. Il employa ce procédé chez deux femmes atteintes de rétrécissements ostéomalaciques dont nous donnons les observations résumées.

Dans les deux cas, les enfants furent extraits vivants. L'une des femmes (Obs. II) succomba le troisième jour, Kehrer attribue cette mort à une faute opératoire. Dans son deuxième mémoire (1), Kehrer rapporte sept cas d'opération césarienne avec incision transversale, dont quatre guérisons.

b). De l'Incision longitudinale. — 1/3 moyen du corps

La même année, Sanger (2) de Leipzig, faisait paraître un mémoire dans lequel, se montrant également partisan de l'opération césarienne conservatrice, il n'acceptait pas la pratique de Kehrer dont les insuccès avaient été assez nombreux.

Pour lui, la section faite par Kehrer à un centimètre au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin et érigée en règle générale, est moins facile que l'incision longitudinale sur le tiers moyen de la face antérieure du corps.

D'ailleurs elle n'est pas applicable à tous les cas comme celle-ci ; elle est contre-indiquée notamment : lorsque une tumeur, fibreuse ou autre, se trouve au niveau du col et du segment inférieur, ou lorsque le cul est le siège d'un foyer de dégénérescence carcinomateuse, capable d'occasionner l'infection secondaire de la plaie, et d'entraver le processus de cicatrisation.

Si, seul, le corps utérin est accessible, par suite d'indurations inflammatoires de l'extrémité inférieure de l'utérus.

Lorsque l'incision transversale du segment inférieur aura déjà été faite pour un accouchement antérieur.

(1) KEHRER. Zur Kaiserschiztfrage. *Archiv. für gynak.* 1886. B. XXVII. p. 227.

(2) SANGER. Zur Rehabilitirung des classischess Kaiserschnittes *archiv für Gynack*, 1882. Band XIX, p. 370.

Quand le placenta sera inséré très bas (Kehrer cherchant à l'éviter).

Si l'espace compris entre les deux ligaments ronds offre des dimensions trop minimales pour permettre l'extraction d'une tête fœtale à terme.

Lorsque l'on éprouve quelques difficultés à arriver sur le segment inférieur.

De plus, si l'enfant se présente par le siège, l'extraction de la tête première sera rendue plus difficile par l'incision transversale au niveau du segment inférieur. Sanger objectait encore au procédé de Kehrer : il est inutile d'inciser le segment inférieur en vue d'avoir une hémorragie plus modérée ; cette hémorragie sera arrêtée facilement par la compression. D'ailleurs les hémorragies qui peuvent se produire par les bords de la plaie utérine, peu fournie à ce niveau de faisceaux musculaires, sont relativement difficiles à arrêter.

En incisant l'utérus au niveau du cul de sac vésico-utérin, on court le risque d'intéresser les organes voisins, notamment de blesser la vessie.

Il n'y a aucun avantage à inciser l'utérus sur la tête fœtale. Après l'extraction de la tête première, les épaules peuvent être arrêtées par les lèvres de la plaie, d'où la nécessité d'agrandir l'incision utérine et peut-être de faire une nouvelle incision.

La présence du tissu connectif lâche entre le péritoine et la paroi musculaire, au lieu d'offrir des avantages, peut au contraire amener des complications graves, en permettant au sang de fuser en cet endroit et de former un hématome.

Enfin, l'incision longitudinale rend la cooptation des lèvres de la plaie très facile.

Pour toutes ces raisons, Sanger propose d'inciser l'utérus longitudinalement sur la ligne médiane au niveau du $\frac{1}{3}$ moyen de la face antérieure du corps, et conseille de donner à l'incision une longueur de 16 à 17 centimètres. (Fig. 1. B. page 14).

Le procédé de Sanger a été généralement suivi, jusqu'à ces dernières années où Fritsch de Bonn a apporté une modification à la technique de Sanger.

c). De l'incision du fonds de l'utérus.

§ 1^{er}. *Incision transversale.*

Le professeur Kaufmann ayant, un jour, fait assister Fritsch à l'autopsie d'une femme qui était arrivée à une époque assez avancée de sa grossesse, celui-ci manifesta le désir de voir l'orifice externe de la matrice de haut en bas. Pour cela on sectionna l'utérus au niveau de son fond et transversalement. — Fritsch remarqua combien fut facile l'extraction de l'enfant et quelle minime distension subit l'incision qui n'intéressait pas les trompes. Quelques temps plus tard, Fritsch employa ce procédé sur la femme vivante, et conseilla alors d'inciser trans-

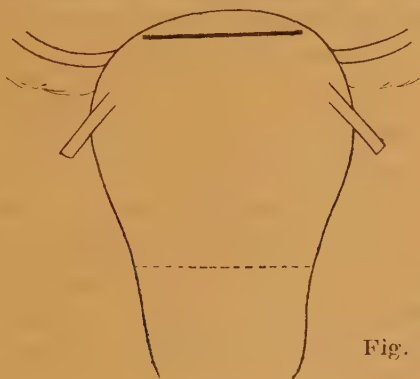


Fig. 2

versalement le fond utérin, sur une longueur de quinze à seize centimètres entre les deux trompes (Fig. 2). Voici les motifs qui militent en faveur de cette technique : (1)

D'abord l'incision de la paroi abdominale peut porter sur une région plus élevée, de telle façon que l'ombilie corresponde au milieu de la plaie ; il y a moins à craindre de voir survenir plus tard une éventration, complication qui se présente quelquefois quand l'extrémité inférieure de l'incision est descendue un peu bas.

Il est facile de réaliser l'asepsie la plus minutieuse.

Les lèvres de la plaie abdominale peuvent être maintenues contre la paroi utérine que les mains de l'assistant compriment d'une façon parfaite. On peut donc rendre possible l'écoulement au dehors du sang et du liquide amniotique ; rien ne tombe dans la cavité abdominale.

Cette section transversale est parallèle aux vaisseaux qui suivent également cette direction, d'où facilité de les éviter. L'hémorragie sera minime, même dans le cas où le bistouri aurait entamé le placenta. Cette hémorragie d'ailleurs cesse spontanément dès que le sinus est vide de sang et sans qu'on ait recours à la compression du col.

Le fœtus se présentant le plus souvent par le sommet, son dégagement sera d'autant plus rapide que la main de l'opérateur, après avoir décollé le placenta au niveau de l'incision, tombera immédiatement sur les pieds.

Le fœtus et l'arrière-faix enlevés, l'utérus par suite de la contraction musculaire énergique du fond, se rétracte

(1) Fritsch. Ein neuer Schnitt bei der sectio cæsarea. Centralbl. für gynäk 1897, p. 561.

bien, la longueur de l'incision diminue et il n'est nullement besoin d'un grand nombre de sutures pour arrêter le léger écoulement sanguin. Fritsch ne plaça que sept points de suture dans l'opération qu'il fit et n'eut pas à mettre de points complémentaires.

Cette incision a un autre avantage qui contribue à arrêter l'hémorragie : les sutures sont perpendiculaires aux vaisseaux, les fils bien placés et serrés préviennent toute hémorragie secondaire. De plus, avant de procéder à la suture on peut rentrer l'utérus dans la cavité abdominale, ne maintenant au dehors, à l'aide d'un fil tracteur, que le fond de l'organe.

Le péritoine vient s'infléchir de lui-même entre les lèvres de la plaie utérine, ce qui facilite la fermeture de l'utérus.

Riedinger (1) reproche à cette incision de faciliter la ventro-fixation involontaire de l'utérus par suite des adhérences avec les organes voisins que peuvent occasionner les extrémités des fils de suture ; mais dans le fait signalé par Riedinger, pourrait-on imputer cette fixation à l'état antérieur de la séreuse (Voir Obs. v).

Pour lui, cette nouvelle incision s'écarte du principe de convergence des sutures, convergence qui a bien des avantages. Certains faits viennent le confirmer. S'il s'établit une suppuration au niveau de la plaie transversale, le pus pourra facilement fuser entre les anses intestinales et déterminer des phénomènes de péritonite localisée.

(1) RIEDINGER. Zwei Fälle von Fundalschnitt bei sectio cæsarea conservativa. *Centralb. für Gynäk.* 1898. p. 762.

Malgré ces quelques objections à la modification de Fritsch, Riedinger a pratiqué l'incision transversale chez deux femmes qui ont parfaitement guéri et dont les enfants sont nés vivants. (Voir Obs. v. vi.).

H. Schroeder (1) (de Bonn) se rangeant à l'opinion de Fritsch, a pratiqué quatre fois la section transversale du fond de l'utérus. Il lui attribue les mêmes avantages, et recommande de s'en servir surtout dans les cas où l'on doit pratiquer l'opération de Porro.

Siedentopf (2), se déclare partisan de la méthode de Fritsch, ayant fait plusieurs opérations césariennes avec l'incision transversale du fond.

C'est d'après la technique de Fritsch que E. Clément (3) fit l'opération césarienne chez une femme atteinte d'un cancer inopérable du col, et à propos de ce cas conclut :

« J'ai appris dans cette opération à reconnaître les
« avantages de l'incision transversale. L'incision abdo-
« minale put être faite plus haut et la cavité abdomi-
« nable, sans utilisation élevée du siège, être entière-
« ment garée contre toute souillure. L'hémorragie ne fut
« pas considérable, bien qu'il me fut impossible d'éviter
« la lésion d'une grosse veine vers l'angle tubaire droit.
« En tout cas, l'hémorragie s'arrêta après l'évacuation
« de l'utérus presque complètement. Il fut inutile de le
« comprimer bien que la première suture fût appliquée
« au niveau du milieu de la plaie. La rapidité de dimi-
« nution de la plaie transversale fut remarquable et à

(1) H. SCHROEDER, noch einmal der quere Fundalschnitt, in *f. Geburtshulf.* 1898, t. VII.

(2) SIEDENTOPF, Em. Fall von Kaiserschnitt, etc. *Centralbl. f. Gynäk.* 1893, p. 93

(3) CLÉMENT, Sectio cesarea conservativa mit quere Fundalschnitt wegen carcinoma. *Centralbl. f. Gynäk.* 1898, p. 249, n° 10.

« l'avenir, je ferai l'incision plus petite que dans ce cas,
« convaincu de pouvoir extraire facilement le fœtus.
« L'utérus se contracta si parfaitement pendant l'appli-
« cation de la suture que je craignis d'avoir quelques
« points de suture trop lâches, bien qu'en les plaçant, je
« les eusse solidement serrés. Enfin les conditions des
« tissus, au voisinage de la plaie, furent telles qu'il fut
« aisé de faire une suture séro-séreuse.

« Les suites opératoires ne se compliquèrent d'aucuns
« troubles qu'on aurait pu attribuer au mode de suture
« transversale. — L'accouchée eut des suites de couches
« régulières, malgré les dangers réels d'infection que
« créait l'affection cancéreuse, et l'on n'observa pas de
« symptômes de nature à faire supposer des adhérences
« de la plaie utérine avec les organes voisins ».

Clément est tout disposé à employer à l'avenir cette incision à l'exclusion des autres.

Steinthal (1) rapporte une nouvelle observation d'opération césarienne avec incision de Fritsch.

Il s'agissait d'une femme de 34 ans dont un fibrome obstruait l'excavation pelvienne.

L'enfant fut extrait vivant ; la mère se rétablit rapidement. S'appuyant sur cette observation, Steinthal fait remarquer que cette incision transversale du fond est facile, rapide et qu'il n'y a pas à redouter d'hémorragie grave. Toutefois il est bon de s'assurer que la longueur donnée à l'incision sera suffisante pour laisser passer la tête fœtale ; car, sans cette précaution, l'on devrait avoir recours à une seconde section, qui serait nécessairement

(1) STEINTHAL, Ein Fall von Kaiserschnitt nach Fritsch bei uterus myom.
Centralbl. für Gynäk 1898, p. 343.

longitudinale cette fois. On transformerait ainsi une césarienne simple en opération de Porro.

Steinthal fait observer que, chez son opérée, il eut été plus logique, vu la présence de la tumeur, d'enlever totalement l'utérus. Mais pour lui, l'opération césarienne conservatrice est d'une application plus facile que l'opération de Porro ou l'ablation totale. Aussi leur a-t-il préféré la césarienne, dans le cas dont il s'agit.

Haidenhain (1) a opéré, suivant la technique de Fritsch, deux femmes atteintes d'ostéomalacie. Dans ces deux cas, les enfants furent extraits vivants, les deux femmes eurent des suites de couches normales, très satisfaisantes.

En vue d'abréger l'opération, Haidenhain enleva les ovaires à ses opérées, préférant la césarienne conservatrice, complétée par la castration ovarique, au Porro ou à l'hystérectomie. Après l'opération, ces deux femmes virent leur maladie notablement améliorée, elles conservèrent toutefois des douleurs dans les os.

Haidenhain fait remarquer que l'opération remonte à quelques mois seulement.

Haidenhain, ayant fait à ses malades, au moment de la section utérine, une injection d'Ergotine, se demande la part d'action qui revient à cette pratique. Ne voulant pas conclure de ce seul fait, il recommande néanmoins de ne pas prolonger outre mesure la compression des vaisseaux afférents. L'état d'ischémie occasionné par celle-ci rend peut-être possibles et plus graves les hémorragies secondaires.

(1) HAIDENHAIN, Zwei conservative Kaiserschnitte mit queren Fundalschnitt wegem osteomalakischer Beckenge. *Centralbl. für Gynak*, 1898, p. 633.

Le procédé de Fritsch a rencontré encore de nombreux imitateurs qui ont employé avec succès l'incision transversale du fond.

Nous citerons : Hain (1), Johannowsky (2), Léopold Thumin (3), Braitenberg (4), Perlis (5), Cryzewicz (6) — Quelques auteurs, cependant, ne s'en montrent pas partisans. Everke (7), reproche à cette incision de guérir difficilement par suite de la nutrition défectueuse de ce point après l'accouchement, de s'infecter secondairement avec facilité et de donner lieu à des adhérences gênantes.

G. Braun (8) a observé dans un cas une hémorragie grave; mais la perte de sang pourrait avoir été occasionnée par la grande faiblesse antérieure de son opérée.

Schaller (9) a observé aussi deux fois de très fortes hémorragies à la suite de section transversale du fond de l'utérus.

§ 2. — Incision sagittale du fond.

P. Müller (10), depuis quelques années, a préconisé une méthode qui se rapproche de celle de Fritsch.

- (1) HAIN. Ein Fall. von sectio cæsarea conservativa nüt. querem Fundals. Schmitt nach. Fritsch. *Centralbl. f. Gynak.*, 1893. p. 779.
- (2) JOHANNOWSKY. Ueber die verschiedenen Uterusschnittmethoden. *Mon. f. Geburt.* 1897. T. VI.
- (3) LÉOPOLD THUMIN. Ein Fall. von sectio cæsarea nict. querem Fundalschnitt. Nach. Fritsch. *Centralb. f. Gynak.* 1899, n° 49, p. 544.
- (4) BRAITENBERG. Beitrag zur Konservativen sectio cæsarea mit. querem. Fundusschnitt. nach. Fritsch. *Centr. f. Gyn.* 1899, n° 49, p. 542.
- (5) PERLIS. Sectio cæsarea mit. Fundalschnitt., nach. Fritsch. *Centralb. f. Gynak.*, 1899, n° 49, p. 550.
- (6) CRYZEWICZ. Zwei Falle von sectio cæsarea, angeführt mit. querem. Fundalschnitt nach. Fritsch. *Centralb. f. Gynak.*, 1899, n° 12, p. 313.
- (7) EVERKE. Ueber Kaiserschintt. 70 Versammlung deutscher naturforscher und arzte zu Düsseldorf. *Centralb. für Gynak.*, 1898, p. 1.106.
- (8) G. BRAUN. Section cæsarea mit. querem Fundalschnitt nach. Fritsch. *Giburtgynack. Gesellsch. Zu Wien.* 22 juin 1897.
- (9) SCHALLER. 70 Versammlung deutscher naturforscher. *Centralb. f. Gynak.* 1898, p. 1.107.
- (10) P. MÜLLER. Ueber den Fundalschnitt bei der sectio cæsarea. *Centralb. f. Gynak.* 1898, n° 9, p. 226.

Comme celui-ci, Müller repousse l'incision utérine faite au niveau du segment inférieur, parce que cette région est la plus amincie de la paroi, surtout quand le travail dure depuis un certain temps. Après l'évacuation de l'utérus, cette paroi antérieure, réduite à l'état d'une mince membrane, ne récupérera pas immédiatement son épaisseur normale; ce qui arrivera bien plus sûrement encore, si le placenta s'insérait à ce niveau (cas assez fréquent). En conséquence, la suture sera moins hermétique, et possibilité d'un épanchement sanguin dans la cavité abdominale.

En outre, lors d'une grossesse suivante, la cicatrice pourra manquer d'épaisseur et de solidité.

Pour ces raisons, Müller conseille, comme Fritsch, l'incision du fond, mais au lieu de sectionner transversalement entre les deux trompes, il donne à la plaie utérine une direction sagittale et les deux parois antérieure et postérieure sont également intéressées.

Olshausen (1) incise également la partie médiane du fond, quand il n'a pu déterminer nettement, par le palper, la situation exacte du placenta. Olshausen cherche à éviter la section du placenta sur une grande étendue, et si l'incision a intéressé son bord en avant, il la prolonge en arrière et vice-versa.

Pour F. Caruso (2), le meilleur procédé de section dans l'opération césarienne, est la section longitudinale, sur le fond, il revendique même la priorité pour ce mode opératoire.

(1) OLSHAUSEN. *Congrès de Moscou 1897.*

(2) F. CARUSO. Del taglio cesaro sul fondo col processo proprio.
Archivio di ostetrica et ginecologia.
Anno v., fascicule 4.

Dans la plupart des cas, d'après cet auteur, cette incision n'intéresse pas le placenta ou s'il est touché, ce n'est que sur une faible partie de son bord.

La présentation du sommet étant la plus fréquente les pieds sont facilement saisis, venant d'eux-mêmes, faire saillie au niveau de la plaie utérine. Celle-ci se réunit plus solidement, avantage pour une nouvelle grossesse. Les hémorragies sont moins graves au niveau du fond.

La cicatrisation est assurée en cette région éloignée d'un foyer d'infection venant du vagin. L'incision abdominale faite plus haut, les hernies ventrales seront plus rares.

Caruso conclut: « La section sur le fond de l'utérus dans
« le sens longitudinal mérite d'être adoptée comme pro-
« cédé de choix dans l'opération césarienne conservatrice
« ou non. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on sera
« obligé de recourir à un autre procédé; et alors, suivant
« des conditions anatomo-pathologiques spéciales, on
« pourra, d'après le conseil de Johannovsky, donner à
« l'incision sur le fond, la direction transversale ou
« pratiquer cette incision à un endroit différent ».

Franck (1) (de Cologne) prenant comme point de départ une série de 13 observations, conclut qu'au point de vue de la vie de l'opérée, le siège de l'incision utérine est sans importance.

Sa statistique comprend :

2 fois une incision transversale profonde de la face
antérieure.

(1) FRANCK. De l'opération césarienne, in *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*. — 13 octobre 1898.

3 fois une incision de la face antérieure en partant du fond.

1 fois » du fond, dirigée en arrière.

3 fois » transversale du fond.

1 fois » de la paroi postérieure.

3 fois » verticale de la paroi antérieure descendant profondément jusque sur le segment inférieur.

Sur ce nombre d'observations, une seule femme a succombé par suite de péritonite sans que le choix de l'incision (incision de la paroi antérieure partant du fond) pût être incriminé. L'intensité de l'hémorragie ne dépend nullement du tracé de l'incision, mais bien plutôt du point d'insertion du placenta. C'est d'après Franck, l'incision du fond qui a le plus de chances d'intéresser le placenta, mais, en somme, cela n'a pas grande importance au point de vue du résultat. On a prétendu qu'en faisant l'incision transversale du fond de l'utérus, on pouvait éviter la formation des adhérences entre cet organe et la paroi abdominale, cet avantage est problématique. Pour attirer l'utérus au dehors, il faut inévitablement léser légèrement sa surface péritonéale en divers points qui peuvent ultérieurement devenir le siège d'adhérences. Ce qui importe d'avantage, dit-il, c'est que ces adhérences se forment là, où elles gênent le moins, c'est-à-dire à la face antérieure.

d) De l'incision longitudinale allant du fond jusqu'à l'anneau de Bandl

Quant à la technique suivie depuis 1886 par notre maître, M. le professeur agrégé Bar, dans les dix opéra-

tions césariennes dont nous rapportons les observations, nous ne saurions mieux faire que de mettre largement à contribution son mémoire paru en mai dernier. (1)

« La femme étant anesthésiée, la vessie vidée, nous allons inciser la paroi abdominale; il est bon de faire à ce moment à la malade une injection sous-cutanée avec cinq gouttes de solution d'ergotine : j'emploie volontiers la solution d'ergotinine de Tauret. La rétraction de l'utérus après sa section, se fera plus franchement. »

« L'incision abdominale est faite sur la ligne blanche. Il y a avantage à la faire assez haut, surtout si la femme est en travail. Le but à atteindre est, en effet, d'inciser le corps utérin au-dessus de l'anneau de Bandl. Or celui-ci est d'autant plus élevé que le travail est déjà commencé et dure depuis plus longtemps. Si on opère avant le début du travail, les deux tiers de l'incision abdominale seront encore au-dessus de l'ombilic ».

« La cavité péritonéale étant ouverte, l'utérus est à nu. Généralement, son bord gauche n'est pas loin de la ligne médiane ».

« Un aide, appuyant sur la paroi abdominale, repousse donc l'utérus vers la gauche et l'opérateur va inciser la paroi utérine. Prendra-t-on, au préalable, le soin de passer autour du col un tube élastique comme Beumer, Rein, Sanger, le faisaient autrefois ? C'est compliquer l'intervention de manière inutile. Il me semble également mauvais de tirer l'utérus au dehors avant de l'inciser, comme le fait encore Olshausen. » (2)

(1) P. BAR. De l'opération césarienne conservatrice. Sa technique. Ses résultats immédiats et éloignés, in l'obstétrique, 15 mai 1899.

(2) OLSHAUSEN. Über sectio casarea und die Erweiterung ihrer Indicationen beim engen Becken. *Centrabl. für Gynrk.* 1897. p. 1138.

« Je n'ai pratiqué dans aucun cas l'incision de Fritsch, mais je suis tout disposé à admettre qu'elle se fait aisément, bien que le défaut de correspondance de la plaie utérine transversale avec la plaie de la paroi longitudinale puisse créer quelques petites difficultés. D'autre part, il est certain que l'élévation de la plaie utérine facilite l'extraction de l'enfant dont les pieds viennent pour ainsi dire s'offrir à la main de l'opérateur; enfin, les objections tirées des chances de nécrose, d'adhérences etc., peuvent être faites à toutes les incisions utérines; ces risques découlent moins du siège de la plaie que de l'infection de celle-ci. A ce point de vue, il ne semble pas que l'incision transversale expose à plus de dangers ».

« Ce point établi, est-il juste de considérer cette incision comme préférable à la section longitudinale ? Je ne le pense pas. »

« Tout d'abord, celle-ci se fait plus facilement, par suite de la concordance entre la plaie abdominale et la plaie utérine. D'autre part, quand elle est élevée et suffisamment étendue, elle présente tous les avantages de l'incision transversale du fond. Le point capital est, en effet, de la faire porter sur les points au niveau desquels le péritoine est intimement adhérent à la tunique musculaire du corps utérin. Ce choix découle de la facilité avec laquelle, sur toute cette région, le péritoine vient de lui-même, une fois l'incision faite et l'utérus vide, s'infléchir sur la plaie musculaire de la paroi qui se rétracte. L'adossement des parois séreuses se fait de lui-même au moment de l'application des sutures et le manuel opératoire se trouve singulièrement facilité. »

« Or il est facile de tracer sur la face antérieure de l'utérus la région où existe une semblable adhérence. »

« Elle commence en bas au niveau de l'anneau de Bandl. Décrivez, sur un utérus pris immédiatement après la délivrance, deux lignes courbes partant chacune de l'anneau, à un centimètre environ du plan médian, se portant en haut et un peu en dehors, puis se réclinant franchement en dehors pour gagner l'insertion du ligament rond sur l'utérus. »

« Toute la partie située entre ces deux lignes pourra être attaquée par le bistouri : le péritoine y est intimement uni à la couche musculaire. L'adhérence est également intime au niveau du fond sur tout l'espace qui est limité de chaque côté par l'insertion des ligaments ronds, les trompes et les ligaments de l'ovaire : l'incision proposée par Fritsch est donc rationnelle. Remarquez cependant que l'incision longitudinale portera sur une région de l'utérus au niveau de laquelle les vaisseaux sont relativement petits, tandis que si l'incision transversale court parallèlement aux vaisseaux, elle risque de couper des vaisseaux volumineux. D'autre part, l'incision longitudinale porte sur un point de la paroi dont l'épaisseur est bien égale, grâce à l'existence des faisceaux musculaires longitudinaux, tandis qu'il est commun d'observer une minceur très grande de la paroi musculaire au niveau des cornes (et surtout de la corne droite) qui sont attaquées dans l'incision de Fritsch. Il y a, à cet égard, infériorité de celle-ci et je ne sais si l'avenir démontrera qu'elle expose moins, ainsi que le pense Braitenberg, à un grand amincissement de la paroi utérine lors d'une grossesse ultérieure ».

« Il est pourtant exact que l'incision longitudinale ne permet parfois d'extraire le fœtus qu'avec quelque difficulté ».

« Mais il n'en est ainsi que dans les cas où elle est faite trop bas ; du moment où elle porte sur un point élevé et est agrandie vers le fond autant que cela est nécessaire, l'extraction du fœtus est toujours très facile, même si l'enfant a la tête au fond de l'utérus. Enfin l'incision longitudinale élevée concorde assez avec l'incision de la paroi abdominale pour que la suture utérine se fasse aisément. Je m'en suis donc tenu (1) à l'incision longitudinale pratiquée aussi haut que possible (2), me réservant de ne recourir à l'incision transversale du fond que dans quelques cas spéciaux ».

« J'ai toujours opéré de la manière suivante : en un point répondant à l'angle supérieur de la plaie abdominale, ne cherchant pas à dévier l'incision pour éviter le placenta, mais choisissant de préférence un point de la paroi auquel ne répond aucune partie fatale et où ne courent pas de gros vaisseaux, je fais franchement avec le bistouri une ponction dans la paroi utérine ; j'agrandis l'orifice, lui donne une longueur de deux à trois centimètres, et j'introduis l'index gauche dans la plaie ainsi faite. Si la ponction a porté sur le placenta, il peut arriver que le chorion basal n'ait pas été suffisamment ouvert, l'extrémité du doigt y pourvoie et effondre sans difficulté la lame résistante. Le doigt a pénétré dans l'œuf ».

(1) BAR. De l'opération césarienne. Sem. méd. 1887. Manuel de l'opération césarienne. *Memento thérapeutique*. Paris, 1894.

(2) C'est une pratique analogue à celle suivie par Müller : *loc. cit.*

« Au moment où on a fait la ponction, le sang mêlé de liquide amniotique a jailli abondamment; mais dès que le doigt a été introduit, les parois de l'orifice se sont appliquées étroitement sur lui et l'écoulement de sang, de liquide amniotique cesse tout à fait. Poussons donc à fond le doigt dans la cavité de l'œuf; et glissons à plat, sur sa face palmaire tournée en haut, un bistouri boutoné; sectionnons nettement en un seul temps, toute l'épaisseur de la paroi utérine, d'abord en bas où nous avons soin de ne pas nous avancer trop près de l'anneau de Bandl, puis et surtout en haut (Fig.3.)

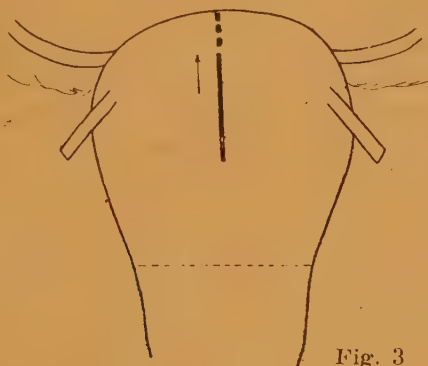


Fig. 3

Si le placenta se trouve inséré sur la ligne que va sectionner le bistouri il sera coupé sans hésitation en même temps que la paroi; l'écoulement sanguin sera peut-être un peu plus abondant, mais il ne sera pas tellement accru qu'il nous cause de l'inquiétude, pourvu toutefois que l'extraction de l'enfant soit pratiquée rapidement et que la rétraction de l'utérus se fasse promptement. »

« Les inconvénients de la section du placenta sont donc peu grands et c'est, à mon sens, compliquer inutilement l'opération que de tirer l'utérus au dehors, chercher la situation des ligaments ronds, en induire, ce qui est souvent erroné, la situation du placenta et, suivant le cas, inciser en avant, au fond ou en arrière. (1)

Nous avons donné à la plaie utérine une longueur de 15 à 16 centimètres, plutôt plus que moins, car à peine faite, la plaie se rétracte et peut devenir trop petite. Un flot d'eau et de sang s'est écoulé; l'aide a maintenu la paroi abdominale appliquée contre l'utérus, saisissons vite l'enfant par le pied qui se présente dans la plaie ou allons chercher celui-ci en bas, s'il y a une présentation du siège et faisons rapidement l'extraction (ce qui est toujours facile si notre incision a été suffisamment étendue), ce pendant que l'aide veille à ce que l'intestin ne suive pas la paroi utérine qui se rétracte et ne vienne pas faire hernie au dehors. »

« Pendant l'extraction, la plaie a pu se rétracter assez pour s'appliquer étroitement sur le cou du fœtus et gêner l'extraction de la tête : il nous aura généralement suffi de tirer sur le menton, comme si nous avions voulu faire la manœuvre de Mauriceau et la tête se sera dégagée. Si la résistance avait été trop grande, nous n'aurions pas usé de violence : l'aide aurait soutenu le fœtus, en le prenant par les pieds, nous aurions agrandie la plaie de la paroi devenue insuffisante non en déchirant mais en coupant avec le bistouri, vers le haut. L'enfant est extrait ».

(1) OLSHAUSEN. *Congrès de Moscou*, 1897.

« Le placenta se présente de lui-même au niveau de la plaie utérine, achevons de le décoller, glissons la main entre la paroi utérine et les membranes, décollons-les, en nous souvenant qu'elles adhèrent généralement beaucoup plus vers les régions voisines du col et le segment inférieur que vers le fond de l'utérus.

« Pendant cette manœuvre, le sang coule abondamment; nous ne nous arrêtons pas à lutter contre l'hémorragie, nous ne pensons qu'à délivrer vite et bien notre opérée. Voilà le placenta et les membranes retirés.

« Nous avons déjà eu soin de placer les éponges ou mieux les compresses nécessaires en haut et sur les côtés, afin que le sang ne s'écoule pas dans la cavité péritonéale. Nous tirons alors l'utérus hors du ventre, si nous n'avons été contraint de le faire pendant la délivrance.

« A ce moment la plupart des opérateurs allemands placent sur le col, s'ils ne l'ont déjà fait immédiatement avant la délivrance, un tube de caoutchouc jouant le rôle de bande d'Esmarch ou simplement une compresse tordue en corde et serrée. C'est la pratique de Léopold (1), de Zweifel, d'Olshausen (2), nous ne l'imiterons pas. Je vous dirai en effet, que la constriction préventive du col n'est pas sans action sur la genèse des hémorragies secondaires par atonie utérine que ces auteurs ont observées avec fréquence. »

« Mieux vaut ne recourir à la constriction que si on avait à lutter contre une hémorragie foudroyante : Je n'en ai, pour mon compte, jamais observé qui m'y

(1) LÉOPOLD. Über 100 sect. *Archiv. f. Gyn.* T. LVI, p. 34.

(2) OLSHAUSEN. *Congrès de Moscou. 1897.* Olshausen et Veit. Lehruch, etc. Bonn, 1899, p. 420. Zweifel, Lehruch, etc.

obligeât. Je me suis toujours borné à suturer vite l'utérus dans le cas où l'écoulement sanguin me semblait un peu trop abondant, de saisir les ligaments larges et de les comprimer fortement entre les doigts. Cette manœuvre m'a suffi.

« Dès que l'utérus a été tiré au dehors, nous retirerons les caillots qui s'y trouvent, sans le laver, sans racler la paroi ; cela fait, nous introduirons dans la cavité utérine le chef d'une longue bande de gaze iodoformée en le dirigeant vers l'orifice interne sans chercher à y pénétrer et nous ferons avec cette bande sans fin un véritable tamponnement de la cavité utérine en allant de bas en haut. »

Les sutures abdominales et utérines faites, le chef de la bande de gaze iodoformée est attiré dans le vagin. Celui-ci est rempli de gaze iodoformée et l'opération est terminée.

Telle est la pratique suivie par M. Bar dans dix opérations césariennes. Tous les enfants sont nés vivants. Une seule femme est morte de péritonite.

CONCLUSIONS

* L'opération césarienne conservatrice, bien qu'exigeant certaines aptitudes chirurgicales, conserve sa place à côté de l'opération de Porro et de l'hystérectomie; elle offre sur ces deux opérations l'avantage de ne pas stériliser les femmes, et leur donne même la possibilité de redevenir enceintes.

Elle doit être préférée à la symphyséotomie dans les rétrécissements du bassin inférieur à six centimètres et dans les cas de grossesse compliquées de tumeurs de l'excavation pelvienne.

Le choix d'une incision rationnelle de l'utérus entre pour une grande part dans le succès opératoire. Les incisions de la face postérieure et du segment inférieur ont occasionné un grand nombre d'insuccès; elles sont passibles d'objections assez sérieuses qui nous les font rejeter.

L'incision transversale du fond, malgré le défaut de concordance des plaies utérine et abdominale, malgré le danger possible d'hémorragie grave par lésion des gros vaisseaux, peut être employée dans certains cas.

L'incision longitudinale de la face antérieure, partant de l'anneau de Bandl et allant, s'il est nécessaire, jusqu'au fond de l'utérus, offre de sérieux avantages. Nous estimons son emploi possible dans la plupart des cas.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Incision de KEHRER) Résumée.

Femme de 26 ans. Quatrième grossesse.

L'opération fut pratiquée dans un village, 27 heures après le début des douleurs.

La mère et l'enfant furent sauvés.

La durée de la convalescence fut d'un mois environ pour la mère.

Les suites opératoires furent normales. Il n'y eut ni vomissements ni collapsus.

Le maximum de fièvre (40° et 150 pulsations) observé le quatrième jour céda sous l'influence d'évacuations intestinales.

OBSERVATION II

(Résumée)

Femme de 30 ans. Quatrième grossesse. Fut opérée à la clinique d'Heidelberg, étant très affaiblie par une prolongation

des douleurs (17 heures) et par un voyage d'une heure et quart.

L'enfant fut sauvé.

La mère succomba le troisième jour après l'opération.

Kehrer attribue cet insuccès à une faute opératoire.

La suture musculaire avait laissé en deux points la plaie béante du côté de la cavité utérine.

OBSERVATION III

(Incision de SANGER) Résumée.

(In-Revue des Sciences médicales 1889.)

Femme de 29 ans, enceinte pour la deuxième fois.

A son premier accouchement : Perforation et céphalotripsie pour enfant mort.

Bassin rachitique : Rétrécissement généralisé et très prononcé.

Diamètre conjugué vrai : six centimètres.

Sur les instances de la femme, Léopold (1) l'opère le 25 mai 1882.

Les douleurs étaient très régulières et assez forte depuis une demi-journée.

Opération. — Incision de la paroi abdominale sur la ligne blanche. La section utérine est faite longitudinalement sur une longueur de douze centimètres, et partant du fond de l'utérus pour atteindre la limite supérieure du segment inférieur.

Le placenta n'est pas intéressé.

Extraction facile de l'enfant qui est vivant et pèse 3500 grammes. On retire alors l'utérus de la cavité abdominale; on décolle le placenta et les membranes et l'on procède à la suture de l'utérus — d'après le procédé de Sanger.

La femme n'eut aucun accident pendant sa convalescence. La guérison fut parfaite trois semaines après l'opération.

(1) G. LÉOPOLD. Ein Kaiserschnitt mit Uterusnaht nach Unterminierung der serosa und resection der muscularis.

Archiv für Gynäk 1882. Band xix, p. 400.

OBSERVATION IV

(In annales de Gynécologie 1889).

Section Césarienne d'après le procédé de Sanger,
pour rétrécissement du bassin. — Champneys.

Femme. 11-pare naine, sans traces de rachitisme, ni rien qui dans ces antécédents, parle dans ce sens.

Le squelette, malgré sa petitesse, paraît bien conformé.

Taillé, 1^m 16.

Bassin plat, généralement rétréci.

Diamètre antéro-postérieur, 4 cm 5.

Lors de sa première grossesse, l'on pratiqua l'accouchement prématuré à sept mois, mais il a fallu terminer par la céphalotripsie.

Cette fois, la grossesse était arrivée à terme.

Trois heures et demie après le début du travail, la dilatation ayant la dimension d'un florin, on a fait la césarienne d'après la méthode de Sanger.

Durée de l'opération, quatre-vingts minutes :

40' jusqu'au moment de l'application des sutures ;

40' depuis ce moment jusqu'à la terminaison ;

Sutures profondes avec du fil d'argent ;

Sutures superficielles avec de la soie.

Les ovaires furent laissés en place, mais pour rendre la femme stérile, on lia les deux trompes.

Enfant vivant.

Quant à la mère, sauf quelques troubles réactionnels apparus vers le deuxième et le troisième jour, ses suites de couches furent aussi régulières qu'après un accouchement normal. Guérison parfaite.

OBSERVATION V

Résumé in annales de Gynécologie et d'Obstétrique, mars 1899.

Incision transversale du fond

X..., âgée de 23 ans. Bassin rachitique, généralement rétréci.

Diamètre conjugué, 8 cm 5.

Opération césarienne à indication relative, faite cinq heures après le début du travail, la poche des eaux étant encore intacte. Première position du sommet.

Incision abdominale commencée 7 cm au-dessus du nombril et prolongée à mi-distance du nombril et du pubis.

Le ventre ouvert, attraction de la moitié supérieure de l'utérus en avant de la paroi abdominale.

Le revêtement péritonéal est terne et semé de vésicules à contenu gazeux.

Incision utérine de 12 cm. *Hémorragie faible.*

Extraction aisée d'un enfant de 3,600 grammes.

Décollement et expulsion spontanés de l'arrière-faix et des membranes.

Fermeture de la plaie utérine par des sutures à la soie.

10 profondes et autant de superficielles.

L'utérus est recouvert avec le péritoine.

Suture à trois étages de la paroi abdominale.

Suites apyrétiques. Pendant trois jours, des douleurs abdominales, coliques port-partum.

Vingt jours après, enlèvement des sutures.

Deux trajets superficiels ont suppuré.

Le malade quitte le lit, elle allaite elle-même.

A ce moment et à un examen ultérieur, on constate que l'utérus reste remarquablement haut.

OBSERVATION VI

(Résumé in annales de gynécologie et d'abstétrique, mars 1899)

X..., 33 ans. Multipare.

4 accouchements antérieurs, ayant tous nécessité des interventions graves : perforations, extraction artificielle, etc.

Bassin rétréci, plat, rachitique.

Diamètre conjugué vrai, 7 c/m.

Promontoire double, sacrum aplati.

Deuxième présentation du sommet. Ventre pendant.

Contractions énergiques.

Tête de l'enfant volumineuse, au-dessus du bassin. Col effacé.

Dilatation complète.

Opération. — Incision sur le fond entre les deux trompes et longue de 15 centimètres.

Extraction facile d'un enfant pesant 3980 grammes.

Fermeture de l'incision utérine, avec des fils de soie; 8 profonds et 9 superficiels.

Guérison.

OBSERVATION VII

(SIEDENTOFF)

Résumée in Revue des sciences médicales, 1898

Femme de 24 ans. Primipare, en travail depuis vingt-quatre heures, est amenée, sur l'avis de deux médecins, à la clinique de Magdebourg.

Les membranes sont rompues, température: 38°3, albumine dans les urines, l'utérus est fortement rétracté, on n'entend pas les battements du cœur fœtal. Du liquide amniotique rempli de méconium s'écoule hors de la vulve. Le col a une dilatation de 4 centimètres environ. La tête est au détroit supérieur.

Bassin rétréci. — Le diamètre conjugué vrai (Promonto-pubien minimum) est estimé à 6 c^m 5.

Après avoir donné un repos de quelques heures à la parturiente avec une piqure de morphine, on constate que la température est montée à 38°8, que la peau et les conjonctives ont une teinte subictérique; mais à un nouvel examen, on entend très bien les battements du cœur.

Diagnostic. — Bassin plat, rachitique. Diamètre promonto-pubien rétréci au point de rendre impossible le passage d'un enfant vivant et très difficile sa sortie, même après une craniotomie. La mère est infectée.

On se décide en conséquence à faire la laparotomie.

La section césarienne est pratiquée suivant la méthode Fritsch.

Opération. — Après avoir incisé longitudinalement la paroi

abdominale sur une longueur de 12 centimètres et de manière que l'ombilic corresponde au milieu de l'incision, on attire l'utérus au dehors.

Puis, son fond est sectionné transversalement, sur une longueur de 13 centimètres entre les trompes.

Pas d'hémorragie. — Le placenta inséré sur la paroi antérieure n'est pas intéressé.

Les pieds se présentent dans la plaie, et l'enfant est extrait rapidement ; il est en état d'asphyxie, mais on le ranime facilement.

Après la délivrance, l'utérus se contracte bien. On ferme la plaie de son fond avec sept points de suture. Puis l'incision abdominale est prolongée de quatre centimètres en bas, pour faciliter l'extirpation totale que nécessite l'infection. — On procède alors à cette opération suivant les règles ordinaires et on referme l'abdomen. La femme eut pendant ses suites de couches, quelques accidents infectieux, entre autres, une parotidite ; mais elle se rétablit et au bout de vingt-sept jours, elle quittait la clinique en bonne santé ainsi que son enfant.

OBSERVATION VIII

CLÉMENT

(Résumée in Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. Mars 1899.)

X... 34 ans. Multipare.

Quatre accouchements antérieurs normaux ; le dernier cinq années auparavant.

Grossesse compliquée d'un carcinome de la portion vaginale du col avec extension au tissu cellulaire para-utérin.

Début du travail à terme.

Opération césarienne avec incision transversale du fond de la matrice, d'après le procédé de Fritsch. Extraction facile d'un enfant du sexe féminin, vivant, du poids de 2.330 grammes.

Suites de couches (en ce qui concerne la cicatrisation de la plaie opératoire) régulières.

Exeat : Le seizième jour après l'opération.

OBSERVATION IX

(HAIDENHAIN)

Rapportée in Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. Mars 1899)

Femme atteinte de sténose pelvienne de nature ostéomalacique absolue, opérée le 1^{er} mars 1897.

Arriva en douleurs, sans température, la poche des eaux conservée. Opération faite dans le décubitus ordinaire.

La paroi abdominale incisée, et l'utérus attiré au dehors, la partie supérieure de l'incision abdominale fut fermée, et toutes précautions prises (compresses stériles autour de l'utérus) pour éviter l'écoulement de liquide dans la cavité péritonéale. — Injection d'ergoline — *Incision transversale sur le fond de l'utérus* avec le bistouri et élargissement de cette incision avec les ciseaux. Compression par les mains des assistants, du segment inférieur et des ligaments de l'utérus. Dégagement extrêmement rapide de l'enfant. (Il s'est écoulé environ quatre à cinq minutes depuis l'incision cutanée jusqu'à l'extraction terminée de l'enfant.) L'enfant fut extrait légèrement asphyxié (probablement par suite de la compression) ranimé aussitôt.

Hémorragie minime.

L'utérus se contracta au moment même où l'on procédait à son évacuation. — Extirpation des ovaires. — La compression fut maintenue jusqu'à ce qu'on eût appliqué quatre ou cinq sutures profondes. Les sutures furent faites au catgut, sans intéresser la muqueuse. Sutures séro-séreuses. Suites opératoires satisfaisantes.

OBSERVATION X

(HAIDENHAIN)

rapportée in Annales Gynécolog. Obst. Mars 1899

Femme atteinte de sténose pelvienne, de nature ostéomalacique.

L'opération eut lieu, d'après l'estimation qui fut faite, 12 jours environ avant le terme normal de la grossesse.

Opération : faite le siège étant légèrement relevé, afin de pouvoir, le cas échéant, enlever facilement l'utérus. Mêmes procédés opératoires que dans l'Obs. ix.

L'enfant fut extrait rapidement et cria aussitôt vigoureusement.

Durée jusqu'à l'extraction de l'enfant : cinq minutes.

Hémorragie minime. — La compression fut interrompue dès l'enlèvement de l'arrière-faix.

Mêmes sutures que dans l'Obs. ix.

Suites opératoires : satisfaisantes.

OBSERVATION XI

Rapportée in Annales de Gynécologie et obstétrique mai 1897

Opération césarienne pour bassin rétréci, par le Docteur Chirchow
Clinique du professeur Lebedeff

Femme de 35 ans. Multipare.

Septième accouchement à terme. Un seul enfant est resté vivant, venu au monde en état d'asphyxie profonde.

Les autres accouchements se sont terminés par la Basiotripsie.

Diamètre conjugué vrai : 7 c^m. 5.

L'opération césarienne est faite six heures après la rupture de la poche des eaux.

L'incision de l'utérus, faite *sur la ligne médiane*, tombe sur le bord placentaire adhérent et cause une hémorragie notable, d'autant plus que l'énucléation du placenta adhérent est difficile.

La cavité utérine est essuyée avec de l'eau phéniquée à $\frac{1}{100}$.

Suture : 18 points musculo-sous déciduaux.

22 points musculo-séreux — ferment la cavité utérine. — Les trompes sont liées.

La paroi abdominale est fermée complètement.

Suites : régulières.

L'enfant, du poids de 4.450 gr. est bien portant.

L'involution utérine s'est faite lentement, 46 jours après l'opération, le fond de l'utérus remontait à l'ombilic. 3 mois 1/2 après il se trouvait à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

OBSERVATION XII

Service de M. le Dr Bar. Hôpital Tenon (inédite)

Opération césarienne pour Enchondrome de l'excavation

Incision longitudinale

X..., âgée de 29 ans, a marché à 20 mois.

Réglée à 14 ans 1/2. Menstruation facile et régulière (3 jours).

Enceinte pour la sixième fois. Le dernier accouchement remonte à 2 ans. Depuis cette époque la malade souffrait d'une tumeur dure qui, siégeant à la paroi supérieure et inférieure de la cuisse droite, refoulait à gauche la fente vulvaire.

Le début de la sixième grossesse remonte à la fin d'octobre 1885. A partir de ce moment, la tumeur prit un développement rapide; des crises douloureuses très aiguës se déclarèrent dans le membre inférieur droit. Dans l'impossibilité de travailler, ne pouvant marcher qu'avec la plus grande difficulté, épuisée par une toux opiniâtre, elle entre en avril, dans le service de M. le docteur Landouzy à l'hôpital Tenon. M. Bar l'examine, alors qu'elle était enceinte de 6 mois 1/2, trouve l'excavation pelvienne remplie par une tumeur si volumineuse que le doigt, pressé entre celle-ci et l'os iliaque gauche, atteignait très difficilement le col utérin, l'état général était mauvais et déjà cachectique. La présence de cet énorme enchondrome comblant toute l'excavation pelvienne fut l'indication de l'opération césarienne, pratiquée le 4 juillet 1886, avant tout début de travail, par M. Bar.

Opération. — Chloroformisation.

Incision de la paroi abdominale sur la ligne blanche commençant à 8 cm au-dessus de l'ombilic et terminée à une égale distance au-dessous.

L'utérus, légèrement récliné à droite, est reporté vers la gauche. Injection sous cutanée d'Ergotine.

L'incision de l'utérus est faite de la manière suivante : en un point répondant à l'angle supérieur de la plaie abdominale, on incise en un seul temps, sur une longueur de 2 cm environ, la paroi utérine. Introduisant immédiatement tout l'index gauche dans la plaie, se servant de ce doigt comme d'une sonde cannelée, on sectionne en un second temps, à l'aide d'un bistouri boutonné, toute l'épaisseur de la paroi utérine et on donne de suite à la plaie la longueur nécessaire, en s'assurant qu'on ne dépasse pas l'anneau de Bandl. Extraction facile d'un enfant du sexe masculin.

L'utérus est attiré au dehors et le placenta est extrait très facilement ainsi que les membranes.

L'écoulement de sang est très peu abondant.

On irrigue la cavité utérine avec une solution de sublimé au 50^{me} en introduisant la canule de l'irrigateur jusque dans le col. On place ensuite un drain volumineux, allant de la cavité utérine jusque dans le vagin.

15 sutures de soie sont placées sur la paroi utérine, la séreuse se rabattant elle-même sur la plaie musculaire, la réunion paraissait bien régulière, néanmoins on fait dix sutures superficielles avec des fils de soie.

L'utérus est rentré dans la cavité abdominale ; on fait la toilette du péritoine : lavage péritonéal avec une solution faible de sublimé.

13 sutures profondes et 6 superficielles sur la paroi abdominale au fil d'argent.

Durée de l'opération : 1 heure 10 minutes.

Les suites de l'opération furent à peu près régulières.

Le poulx resta élevé jusqu'au douzième jour.

La température s'éleva le quatrième jour, à 38°.

On fit par le drain quatre injections intra-utérines.

Le drain et les fils furent retirés, le 12^e jour.

La malade se leva le vingt-cinquième jour.

Elle succomba, trois mois plus tard, à la suite des progrès de la tumeur et de la généralisation néo-plasique.

L'enfant pesait 2,770 grammes à sa naissance; sorti en bon état.

OBSERVATION XIII

(Inédite)

Service de M. le Dr BAR

Opération césarienne pour bassin rachitique

X..., a été atteinte de rachitisme à l'âge de 2 ans et est restée couchée six années.

En juillet 1886, elle fait un avortement de trois mois. Elle devient de nouveau enceinte vers le milieu de juin 1887.

Bassin rachitique. Diamètre Promonto-sous-Pubien. 6 c/m 5.

Le 3 février 1888, avant tout début de travail on fait l'opération césarienne.

Incision sur la ligne blanche de 15 centimètres portant pour 8 centimètres au-dessus de l'ombilic.

Ponction de l'utérus avec le bistouri dans la partie qui répond à l'angle supérieur de la plaie abdominale. Introduction de l'index gauche dans l'utérus, section sur le doigt guide de la paroi utérine avec le bistouri boutonné; agrandissement de la plaie utérine vers le fond de l'organe.

Extraction d'un enfant vivant.

On décolle ensuite facilement le placenta et les membranes et on en fait l'extraction.

L'hémorragie a été jusque-là très modérée.

On tire l'utérus de la cavité abdominale afin de le suturer; à ce moment, l'utérus devient plus flasque, on fait alors une injection sous-cutanée de quinze gouttes d'ergotinine de Tanret, et on place plusieurs éponges dans la cavité utérine.

Onze points de sutures sur l'utérus, on retire les éponges placées dans sa cavité et, avant de la clore définitivement, on

fait une injection avec une solution de sublimé à 1/2.000. Gros drain dans sa cavité venant sortir dans le vagin.

Quelques fils superficiels complètent la suture utérine.

On excise ensuite les deux ovaires, on fait la toilette du péritoine, puis la suture de la paroi abdominale.

Durée de l'opération : 50 minutes.

Le troisième jour après l'opération, la femme a quelques nausées et se plaint de vives douleurs abdominales.

L'état général devient mauvais les jours suivants, et le quatorzième jour la femme meurt avec tous les signes d'une péritonite septique.

Autopsie. — Péritonite généralisée. Entre la cavité de l'utérus et la paroi abdominale, on trouve une masse de pus concret, de consistance caséuse. La réunion était complète du côté de la cavité utérine, mais au niveau du point d'immersion de chaque fil du côté du péritoine, on voyait un petit noyau de pus caséux duquel le fil semblait sortir.

L'enfant, né vivant, est sorti en bon état.

OBSERVATION XIV

(Inédite)

Service de M. le Dr BAR

Opération césarienne pour tumeur de l'excavation pelvienne

B.... Primipare, âgée de 22 ans, présente dans l'excavation pelvienne une tumeur du volume d'une orange, paraissant s'insérer au voisinage de la symphyse sacro-iliaque droite.

La femme, paraissant devoir être à terme le 25 décembre, on décide de faire l'opération, avant tout début de travail, le 21 décembre 1890 au matin.

Opération. — Incision de vingt centimètres sur la paroi abdominale commençant à dix centimètres au-dessus de l'ombilic. L'utérus étant à découvert, on corrige facilement sa rotation à droite.

Ponction de la paroi utérine à un travers de main du fond de

l'utérus. — Section de la paroi musculaire sur le doigt introduit dans la cavité. — Section de douze centimètres de longueur.

La main saisit un pied et le fœtus est extrait rapidement.

La section a porté sur le bord du placenta; celui-ci est vivement décollé et enlevé ainsi que les membranes.

L'hémorragie, presque nulle jusqu'alors, devient plus abondante. On fait une injection avec quinze gouttes de la solution d'ergotinine de Tanret.

L'utérus est attiré entre les lèvres de la plaie abdominale, un aide pince avec les doigts les ligaments larges pendant qu'on introduit une grosse éponge dans la cavité utérine. L'hémorragie diminue.

On fait rapidement huit sutures à la soie. L'éponge est retirée au moment de nouer les fils. — La réunion des lèvres de la plaie est très régulière. — La suture de la paroi abdominale est faite à la soie.

Durée de l'opération : trente-trois minutes.

Suites de couches : Le soir de l'opération, la femme accuse de vives douleurs abdominales. — La température est basse : 36°. — Le pouls est à 104. — On fait une injection vaginale.

Pendant les trois premiers jours, on fit chaque jour, deux injections vaginales. — Le maximum de la température fut, au quatrième jour, 37°8. — La montée laiteuse se fit le quatrième jour : la malade n'allaita pas son enfant.

Les fils furent retirés le douzième jour.

L'enfant fut placé en nourrice et s'éleva facilement.

Cette femme eut une deuxième grossesse suivie d'avortement à trois mois. Opérée de sa tumeur pelvienne par M. le Dr Marchand, elle redevint enceinte deux fois et accoucha spontanément à terme.

OBSERVATION XV

(Inédite).

Service de M. le Dr BAR (Saint-Louis)

Opération césarienne pour bassin rachitique, pseudo-ostéomalacique.

D... Primipare, Agée de 22 ans, rachitique, entre à l'hôpital Saint-Louis en mai 1894.

Elle a été atteinte de rachitisme. La colonne vertébrale présente à la partie inférieure de la région dorsale une scoliose droite avec cyphose; au niveau de la colonne lombaire il y a une scoliose à gauche avec lordose bien marquée.

La mensuration externe du bassin donne les chiffres suivants :

Diamètre bi épineux	24,5
— bi crête	25,2
— sacro pubien supérieur	17,3
— sacro pubien moyen	18,5

En palpant la région pubienne, il est facile de constater la saillie considérable que fait la symphyse pubienne en avant : la ligne formée par les bords supérieurs du pubis se porte franchement en arrière et la dépression qui en résulte, est plus accentuée à gauche qu'à droite.

En pratiquant le toucher, on peut, plus exactement encore, apprécier la forme ostéomalacique de ce bassin. Derrière la symphyse pubienne est une rainure dont les bords, formés par les branches ischio-pubiennes, sont assez rapprochés pour que le doigt puisse difficilement explorer la face postérieure de la symphyse. Les 2/3 inférieurs des branches ischio-pubiennes sont encore assez rapprochés pour qu'il y ait un rétrécissement sensible du diamètre bi-ischiatique. En portant le doigt contre la face postérieure qu'ils présentent à l'extrémité interne du trou ovale, ce pli est bien plus marqué à gauche qu'à droite.

L'angle sacro vertébral est très accessible.

Le diamètre promonto sous-pubien mesure 0^m07,5, mais le diamètre conjugué minimum se trouve encore rétréci par la

lordose considérable des dernières vertèbres lombaires. On peut aisément reconnaître que le promontoire est incliné vers la gauche.

L'opération césarienne est faite le 2 mai 1894, avant tout début de travail, par M. Bar.

Incision sur la ligne blanche. Injection d'ergotinine de Tanret. Ponction et incision de la paroi utérine.

Suture de l'utérus avec des fils de soie.

Suites de couches régulières.

L'enfant, né vivant, pesait 2.300 grammes, il partit en nourrice en bon état.

OBSERVATION XVI.

(Inédite)

(Service de M. le D^r Bar)

D..., même malade que l'observation précédente.

L'opération césarienne est faite le 16 juin 1896, à huit heures du matin, avant tout début de travail (M. Bar). Incision de la ligne blanche. Injection d'ergotinine de Tanret. Destruction avec le doigt de quelques adhérences lâches. Ponction et incision de la paroi utérine, à côté de la cicatrice.

Tamponnement de la cavité utérine avec de la gaze iodoformée.

Sutures de l'utérus avec des fils de soie.

Durée de l'opération : 30 minutes.

L'enfant, né vivant, pesait 2080 grammes. Parti en bon état en nourrice.

Suites opératoires. Le soir, la malade eut de vives tranchées utérines et des nausées.

Le lendemain matin, 17 juin, la température est élevée 38°8. On retire le tampon utérin et sans faire d'injection vaginale, on met un tampon de gaze iodoformée dans le vagin. La température baisse, le soir 38°3.

Le 18 juin, la température est de 38°3 le matin, 38°2 le soir.

Le 20, quatre jours après l'opération, on craint de voir apparaître une escharre au sacrum, mais cet accident s'amende vite; il n'y a presque pas de lochies, la température 37°4 le matin, 37°2 le soir.

Les fils sont retirés le neuvième jour.

La maladie quitte la clinique le vingt-cinquième jour après l'opération, bien portante.

OBSERVATION XVII

(Inédite)

Service de M. le Dr BAR

Opération césarienne pour bassin rachitique pseudo ostéo-malacique.

P... Multipare, âgée de 34 ans.

A marché très tard, à 3 ans.

Réglée à 14 ans, menstruation régulière.

Première grossesse en 1893. Opération césarienne faite à terme pendant le travail par M. Tarnier, à la clinique, le 6 juillet 1893.

Suites opératoires parfaites.

L'enfant, né vivant, pesait 2.500 grammes.

Deuxième grossesse en 1894. Deuxième opération césarienne faite par M. Tarnier, à terme, mais avant le début du travail, le 19 juillet 1894.

L'enfant né vivant, pesait 3.000 grammes. Mort deux ans plus tard de convulsions.

Troisième grossesse actuelle paraissant arrivée à terme à la fin de juin.

Dernières règles, du 12 au 15 septembre.

Le bassin mesure 9 cent. 5 dans son diamètre promonto-sous-pubien; il est généralement rétréci.

Le pubis est fortement rejeté en avant et la forme générale du détroit supérieur se rapproche de celle que l'on observe dans les bassins ostéomalaciques.

Bassin rachitique, pseudo-ostéomalacique.

Tête dans la fosse iliaque gauche. Petits membres à droite.

Les bruits du cœur sont perçus très à gauche ; le fœtus est très mobile.

L'opération est pratiquée le 23 juin 1895, avant tout début de travail, par M. Bar.

Incision sur la ligne blanche, moitié au-dessous de l'ombilic. Destruction facile de nombreuses adhérences. Injection d'ergotinine de Tanret.

Ponction et incision de l'utérus à côté des cicatrices. Tamponnement de la cavité utérine avec de la gaze iodoformée. — Sutures de l'utérus avec des fils de soie. L'enfant né en bon état, pèse 2.400 grammes.

Les suites de l'opération ont été des plus régulières. Le pouls ne s'est jamais élevé à 100. La température maxima a été 38°2 le troisième jour.

Le tamponnement utérin a été retiré le troisième jour, et l'on s'est contenté, comme seul pansement, de mettre chaque jour un tampon de gaze iodoformée dans le vagin. Le dixième jour, on retire les fils ; et le quinzième, la malade quitte le service sur sa demande.

OBSERVATION XVIII

(Inédite)

Service de M. le Dr Bar

Opération césarienne pour Achondroplasie

Femme V... Primipare, âgée de 20 ans, entre à la clinique le 22 juillet 1896.

Cette femme est issue d'un père rachitique ; sa mère, grande et robuste, est au-dessus de la moyenne ; elle a un frère bien portant, de taille ordinaire.

Elle a marché à l'âge de 16 mois, et a toujours bien marché depuis.

Réglée à l'âge de 13 ans, et depuis ce moment, toujours régulièrement.

Sa taille est petite : 1^m 18. Tout le squelette, sauf celui de la tête, semble être arrêté dans son développement.

La mensuration du bassin donne les chiffres suivants :

Diamètre promonto sous-pubien : 6 c/m 5.

» bi-crête : 21 c/m.

» bi-épineux : 21 c/m 5.

» de Bandelocque : 15 c/m.

L'opération césarienne est pratiquée le 26 août 1896, à neuf heures du matin, avant tout début de travail, par M. Bar.

Incision de treize c^m sur la ligne médiane, les deux tiers de cette incision étant au-dessus de l'ombilic. On fait à ce moment une injection sous-cutanée de vingt gouttes d'ergotinine de Tanret.

Ponction de l'utérus, puis section de la paroi antérieure à l'aide des ciseaux ; l'incision est agrandie *jusque vers le fond de l'organe*.

Le fœtus est extrait rapidement.

L'hémorragie est minime ; l'incision a porté sur le bord du placenta. Celui-ci est extrait facilement ainsi que les membranes. A ce moment, l'hémorragie est assez abondante : on fait une deuxième injection sous-cutanée de dix gouttes d'ergotinine, et on tamponne la cavité utérine avec une longue bande de gaze iodoformée dont le chef répond à l'orifice interne du col.

La suture de la paroi utérine est rapidement faite.

(Un seul plan de sutures à la soie).

La plaie abdominale est fermée par un double plan de sutures.

Durée de l'opération : 40 minutes.

L'opération terminée, on saisit la lèvre antérieure du col par le vagin au moyen d'une pince tire-balle, puis, avec une longue pince, le chef de la bande de gaze iodoformée placée dans l'utérus, et on la tire dans le vagin.

Celui-ci est rempli de gaze iodoformée.

Suites opératoires. — Le soir, la malade a quelques phénomènes de Shok, mais légers.

Le lendemain, on retire la mèche de gaze, la température s'est élevée à 38°8 (vaginale).

L'enfant, né vivant, pesait 2,300 grammes. Mis en nourrice.

OBSERVATION XIX

(Inédite)

Service de M. le Dr BAR. — Maternité de Saint-Antoine

Femme D..... Multipare. (Voir obs. xv et xvi). Cette femme, enceinte pour la troisième fois, entre à la Maternité de l'hôpital de Saint-Antoine, le 21 juin 1897.

Dernières règles: du 2 au 5 octobre 1896. Rien d'anormal pendant le cours de sa grossesse.

L'opération est faite le 14 juillet 1897, avant tout début de travail par M. le docteur Tissier.

Incision de la paroi abdominale. Injection sous-cutanée d'ergotinine de Tanret. La paroi utérine présente une extrême minceur; aussi fait-on la ponction et l'incision assez loin de la partie amincie qui fait hernie. Extraction rapide de l'enfant. Sutures de l'utérus à la soie. Tamponnement de la cavité avec de la gaze iodoformée.

Suture de la paroi abdominale avec des crins de Florence.

Suites opératoires. — Le troisième jour après l'opération, la malade a des vomissements verdâtres. La température maxima s'élève à 38°2 le soir. Poids 144.

Le lendemain, la température est descendue à 37°, le poids à 120, les vomissements ont diminué, les douleurs abdominales moins fortes.

Le douzième jour, on enlève les sutures de la plaie abdominale, la malade va très bien, le 5 août, elle commence à se lever.

L'enfant, né vivant, pèse 2.200 grammes, il sort le 14 août 1897 en très bon état.

OBSERVATION XX

(Inédite)

Service de M. le Dr BAR (Saint-Antoine)

Opération césarienne pour bassin rétréci et asystolie

Dor... Il pare, âgée de 28 ans, entre le 16 juillet 1897 à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine.

Pas d'antécédents héréditaires.

A. P. — Elle a marché très tard. Atteinte de rachitisme dans sa première enfance, elle dut porter pendant 2 ans des appareils prothétiques. A 17 ans, attaque de rhumatisme. A 18 ans, crises nerveuses qui auraient duré pendant 2 mois.

A 19 ans, première attaque d'asystolie (dyspnée, œdème, anurie).

A 23 ans, nouvelle attaque d'asystolie, soignée à l'Hôtel-Dieu.

En 1896, elle a une première grossesse terminée par une application de forceps. L'enfant est vivant, il pèse 1.900 grammes. Mort à l'âge de 6 mois.

Grossesse actuelle. — Dernières règles : du 12 au 15 décembre 1896.

Examen : femme de petite taille, 1^m40.

Le front est très découvert avec bosses frontales saillantes

Très léger prognathisme du maxillaire inférieur.

La colonne vertébrale est normale. Il existe une légère incurvation des fémurs en dehors et des tibias en avant et en dedans ; une légère exagération des courbures claviculaires, une saillie en avant du sternum.

Les genoux se touchent dans la position rectiligne.

Le bassin est rétréci, aplati d'avant en arrière.

Le promontoire est très accessible, un peu élevé. Il existe en outre un faux promontoire.

La mensuration du bassin donne les chiffres suivants :

Diamètre bi-iliaque, 0^m24.

Diamètre promonto sous-pubien, 0^m09.5 (sans déduction).

A l'auscultation du cœur, on entend un roulement prosysté-

lique avec un léger souffle au premier temps. Il n'y a pas de dédoublement au second temps. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal, elle n'est pas reportée en dehors ni en bas.

Dans la nuit du 23 au 24 août, la malade a une attaque d'asystolie avec dyspnée très violente, léger œdème des membres inférieurs et vomissements.

On donne de la digitale et sous l'effet de cette médication, les phénomènes asystoliques s'amendent.

En présence du mauvais état général et de l'affection cardiaque qui pouvaient entraîner cette femme vers une issue fatale, M. Bar propose de faire chez elle d'emblée l'opération césarienne. Le 9 octobre 1897, M. le Dr Tissier, se rangeant à l'opinion de M. Bar, pratique l'opération césarienne. Aucune particularité opératoire.

Suites opératoires. — Le lendemain de l'opération, le tamponnement vaginal à la gaze iodoformée est retiré assez imbibé de sang. — Ce jour et le suivant, la température est légèrement élevée : 38°; le soir du deuxième jour, elle descend à 37° 5.

Le 21 octobre, les fils sont retirés, malgré une légère crise d'asystolie; le 22, la femme va très bien, la température est normale.

Le 11 novembre, elle quitte la Maternité en bon état, ainsi que son enfant dont le poids à la naissance était de 3,650 grammes.

Suites éloignées.

Le 20 novembre, elle rentre à l'hôpital pour une phlegmatia alba dolens, légère, de la jambe gauche qui, au dire de la femme, a débuté le 16 novembre c'est-à-dire trois jours après sa sortie de l'hôpital.

Cette phlébite bénigne, survenue quarante jours après l'opération, disparaît rapidement à l'aide d'une compression ouatée.

Le 21 décembre, la malade quitte la Maternité, n'ayant plus d'œdème et ne ressentant aucune douleur dans sa jambe.

OBSERVATION XXI

(Inédite)

Service de M. le Dr BAR (Saint-Antoine)

Wil... Thérèse. Multipare, âgée de 31 ans.

Ni antécédents héréditaires, ni personnels.

Premier accouchement à terme terminé par une version.

Enfant mort-né.

Deuxième grossesse, accouchement provoqué à la Maternité.

Enfant mort-né.

Troisième grossesse actuelle

Dernières règles du 12 au 15 juin.

Cette femme vient à la consultation de la Maternité vers la fin de sa grossesse. M. Bar décide de faire chez elle l'opération césarienne.

Diamètre promonto sous-pubien, 9 cm 5 (sans déduction).

L'opération est pratiquée le 19 mars 1899, avant tout début de travail.

Incision de la paroi abdominale faite 6 cm au-dessus de l'ombilic, 8 cm au-dessous. Injection sous-cutanée d'ergotinine de Tanret.

On ponctionne l'utérus. Le bistouri arrive sur le placenta. Avec les doigts, on effondre le chorion basal et se servant du doigt comme protecteur, on coupe avec le bistouri boutonné, la paroi antérieure de l'utérus, en commençant par le côté inférieur. On arrête l'incision à un centimètre environ au-dessus de l'anneau de Bandl que le doigt sent nettement.

Recherche des pieds, extraction du fœtus sans difficultés. — L'hémorragie est très modérée. L'utérus revient vite sur lui-même.

Extraction facile du placenta et des membranes. Tamponnement de la cavité utérine avec de la gaze iodoformée.

L'utérus est fermé par douze points de suture, avec de la soie n° 2. — Le péritoine se recroqueville de lui-même sur les lèvres de la plaie.

Occlusion de la paroi abdominale sans incidents. Durée de l'opération : 30 minutes.

L'opération terminée, on saisit facilement avec une pince le chef de la bande de gaz placé dans l'utérus ; il est attiré dans le vagin. Celui-ci est rempli de gaze iodoformée.

Etat de la malade très bon. — Pouls : 52.

L'enfant, né vivant, pèse 3000 grammes. Nourri par sa mère.

Suites opératoires.— Température maxima le deuxième jour : 37°3. Pouls : 80. Chaque jour, on retire graduellement le tamponnement à la gaze iodoformée de l'utérus.

Le neuvième jour après l'opération, on retire les fils de la plaie abdominale.

BIBLIOGRAPHIE

- P. BAR. — De l'opération césarienne. *Semaine médicale*, 1887, p. 38.
Manuel de l'opération césarienne. Mémento thérapeutique, Paris 1894.
De l'opération césarienne. Sa technique. Ses résultats immédiats et éloignés. In l'obstétrique, mai 1899.
- BRAITENBERG. — Beitrag zur Konservativen sectio cæsarea mit querem Fundalschnitt nach Fritsch.
Centralblatt. für gynakol, 1899, n° 19, p. 542.
- G. BRAUN. — Sectio cæsarea mit querem Fundalschnitt nach Fritsch. Geburtshülfe gynak gesellschaft zur wien, 22 juin 1897.
- E. BLANC. — De l'opération césarienne.
Archives de Tocologie, 1890.
- F. CARUSO. — Del taglism cesaro sul fondo col processo proprio.
Archivio di ostetricia et ginecologia cermo V. fascicolo 4.
- CHAMPNEYS. — Section césarienne.
Annales de Gynécologie, 1889, t. 31, p. 454.
- CHARPENTIER. — Traité d'accouchements, t. II. p. 872.
- CLÉMENT. — Sectio cesarea conservativa mit querem Fundalschnitt wegen carcinoma.
Centralbl. f. Gynak, 1898, n° 10, p. 249.
- COHNSTEIN. — Zur sectio cæsareo.
Centrabl. f. Gynak, 1881, n° 22.
- CRYZEWIEZ. — Zwei Fälle von sectio cæsarea angeführt mit querem Fundalschnitt nach Fritsch. Centralbl für Gynak. 1899, n° 12, p. 313.
- DELEURYE. — Traité des accouchements. 1777.
- EVERKE. — Ueber Kaiserschnitt 70 Versammlung deutscher Natusforscher und arzte zu Düsseldorf. Centralbl. für Gynak, 1898, p. 1106.
- FRANK. — De l'opération césarienne. In *Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie*, 13 octobre 1898.

- H. FRITSCH. — Ein neuer Schnitt bei der sectio cæsarea. Centralbl. für Gynak, 1897, n° 20, p. 561.
- HAIN. — Ein Fall von sectio cæsarea conservativa mit quere Fundalschnitt nach Fritsch. Centralbl. für Gynak, 1898, p. 779.
- HAINDEHAIN. — Zwei konservative kaiserschnitte mit quere Fundalschnitt wegen osteomalakischer Beckenge. Centralbl. für Gynak, 1898, p. 633.
- JOHANNOWSKY. — Ueber die verschiedenen Uterus Schnittmethoden Monatsch. für Geburt, 1897, t. vi.
- KCHRRER. — Ueber ein modificirtes verfahren beim Kaiserschnitte, Archiv. für Gynak, 1882, Band xix, p. 177.
Zur kaiserschnittfrage. archiv. für Gynak, 1886, Band xxvii, p. 227.
- LAUVERJAT. — Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne, 1788.
- LÉOPOLD THUMIN. — Ein Fall von sectio cæsarea mit quere Fundalschnitt nach Fritsch. Centralbl. für Gynak, 1899, n° 19, p. 544.
- LÉOPOLD. — Ueber 100 section.
Archiv für Gynak, t. lvi, p. 34.
Kaiserschnitt mit uterusnaht nach Sanger. Cent. f. Gyn. 1882, t. xix.
- P. MULLER. — Ueber den Fundalschnitt bei der sectio cæsarea. Centralbl. für Gynak, 1898, p. 226.
- OLSHAUSEN. — Congrès de Moscou, 1897.
Ueber sectio cæsarea mit der Erweiterung ihrer indikationen beim engen Becken. Centralbl. für Gynak, 1897, p. 1138.
- OLSHAUSEN et VEIT. — Lehrbuch etc. Bonn, 1899, p. 420.
- PERLIS. — Sectio cæsarea mit Fundalschnitt nach Fritsch. Centralbl. für Gynak, 1899, n° 19, p. 550.
- POTOCKI. — Annales de Gynécologie, mars 1886. p. 179, 345, 1889, p. 428.
- RIEDINGER. — Zwei Fälle von Fundalschnitt bei section cæsarea conservativa. Centralbl. für Gynakologie, 1898, p. 162.
- SANGER. — Zur Rehabilitation des klassischen Kaiserschnittes, archiv für Gynak, 1882, Band xix, p. 370.
Kaiserschnittfragen. Centralbl. für Gynak, 1890, p. 169.
- SCHALLER. — 70 Versammlung deutscher naturforscher und ärzte zu Düsseldorf. Centralbl. für Gynak, 1898, p. 1107.
- H. SCHROEDER. — Noch einmal der quere Fundalschnitte. Manotschrift für Geburtshilfe und Gynakologie, 1898, t. vii.

- SIEDENTOPF. — Ein Fall von Kaiserschnitte mit Eröffnung des uterus durch querem Fundalschnitt und total extirpation wegen sepsis.
Centralbl. für Gynak, 1898, p, 93.
- STEINTHAL. — Ein Fall von Kaiserschnitt nach Fritsch bei utérus myom.
Centralbl. für Gynak, 1898, p. 345.
- ZWEIFEL. — Archiv für Gynak, 1887, t. xxxi, p. 493.
Lehrbuch. et Geburtshülfe. Baun, 1899.

Vu : le Président de la Thèse,
BUDIN.

Vu :
Le Doyen de la Faculté,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

